



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

Alla c.a. Ambito Territoriale di MELZO

ISTANZA DI VALUTAZIONE PER L'ACCESSO ALLE MISURE DEL PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE "DOPO DI NOI" D.G.R. 6218/2022

IL RICHIEDENTE

Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
Cap e provincia	
Rec. Telefonico	
Rec. E-mail	

IN QUALITÀ DI

- DIRETTO INTERESSATO
- TUTORE nominato con decreto n. _____ del ____
- CURATORE nominato con decreto n. ____ del _____
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____
- LEGALE RAPPRESENTANTE dell'impresa/Associazione _____

IN FAVORE DEL BENEFICIARIO (non compilare se coincide con il diretto interessato)

Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
Cap e provincia	
Rec. Telefonico	
Rec. E-mail	
Medico di Medicina Generale	
Domicilio (se diverso da residenza)	

PRESENTA DOMANDA

- DI PRIMO ACCESSO** (compilare scheda da A ad E; allegare documentazione richiesta negli allegati obbligatori, scheda progetto e modulo 1 se richiesto)

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

astrada@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it - gcannova@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

- IN CONTINUITÀ CON FONDI PRECEDENTI – ANNUALITÀ NR. _____** (*allegare solo scheda progetto, scheda relazione monitoraggio ed eventuali documenti, se diversi da annualità precedente – es. nuova carta di identità, nuovo verbale di invalidità, nuova ADL o IADL*)
- PER PROGETTO IN CORSO per il quale si richiede una rivalutazione in caso di modifica degli Interventi** (*allegare solo scheda progetto, scheda relazione monitoraggio ed eventuali documenti, se diversi da annualità precedente – es. nuova carta di identità, nuovo verbale di invalidità, nuova ADL o IADL*)

E CHIEDE L'ACCESSO ALLE MISURE PREVISTE DALLA DGR 6218/2022
(barrare le misure che si intende richiedere)

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI:

TIPOLOGIA A

Contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)

TIPOLOGIA B

Contributo ai costi della locazione e spese condominiali

INTERVENTI GESTIONALI:

TIPOLOGIA C

- incrementabile con:
- C.1. Voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia
 - C.2. Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

TIPOLOGIA D

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento con ente gestore
- D.2 Voucher per il supporto alla residenzialità autogestita
- D.3 Buono mensile per cohousing/housing

TIPOLOGIA E

- Contributo per ricoveri in pronto intervento

A TAL FINE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

DICHIARA ALTRESI'

la presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona per cui presenta la richiesta e nello specifico:

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto il richiedente è mancante di entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno;

ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE

- Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992;
- Carta d'identità beneficiario e ove necessario del curatore/tutore/amministratore di sostegno;
- Scheda progetto individualizzato e/o relazione monitoraggio;
- Schede ADL e IADL
- ISEE socio sanitario in corso di validità o *"dichiarazione di responsabilità mancata presentazione"*.

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Melzo e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

astrada@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it - gcannova@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – TIPOLOGIA A

Domanda di accesso al contributo per interventi di adeguamento dell'ambiente domestico - Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 6218/2022

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

DICHIARA

Che gli interventi strutturali per cui si richiede contributo si realizzeranno presso (barrare le voci che interessano):

- Gruppo appartamento, soluzione abitativa di cohousing/housing (specificare di seguito):**
- di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei famigliari;
 - di proprietà dell'Ente pubblico;
 - di edilizia popolare;
 - di proprietà di Ente privato no profit ONLUS
- L'abitazione della persona disabile grave** (se in condivisione con altra persona con disabilità) messa a disposizione per la realizzazione degli interventi di cui al presente programma. Compilare MODELLO 1

DICHIARA INOLTRE

- di essere proprietario/titolare dell'appartamento sito a _____ In via _____ Codice catastale _____ di cui si allega planimetria.
- di essere disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso quinquennale (a partire dalla data di assegnazione del contributo) in conformità al progetto di utilizzo presentato;
- di non essere beneficiario di ulteriori contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la stessa tipologia di intervento;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di specifico progetto tecnico nel quale sia esplicitato il costo complessivo dell'intervento per cui si richiede il contributo declinato nelle seguenti voci:
- miglioramenti dell'accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche;
 - miglioramenti della fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche;
 - messa a norma degli impianti (**ove possibile corredare con preventivo dettagliato**);
 - tempi di attuazione;
 - numero di posti previsti e nominativi di utenza prevista – almeno 2 persone già identificabili;
 - eventuale crono-programma dei nuovi successivi inserimenti.

Data e luogo _____

Firma _____



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Melzo e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

astrada@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it - gcannova@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – TIPOLOGIA B

Domanda di accesso ai contributi per il pagamento del canone di locazione e delle spese condominiali Programma operativo regionale "dopo di noi" dgr 6218/2022

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

l'accesso ai contributi di seguito riportati (*si precisa che le due misure sono fra loro compatibili*):

- Contributo mensile per unità abitativa a sostegno del canone di locazione;
- Contributo annuale per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali;

e a tal fine DICHIARA (*barrare le voci di interesse*)

Che la persona per cui viene richiesta la misura:

- vive in gruppo appartamento presso l'appartamento sito in _____ via _____
in condivisione con (*specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente*) n. [] altri
domiciliati/residenti/ospiti (*per ciascuno dei quali si allega specifica dichiarazione secondo il MODELLO 1*);
- vive in soluzioni di housing/cohousing risultante come housing/cohousing in base alla documentazione
allegata;
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*)
dell'appartamento sito a _____ in via _____ con contratto d'affitto
intestato a _____ (*specificare il rapporto col richiedente*) per il quale
corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € _____ corrispondenti al
[][]%. Allegare il contratto di locazione ed eventuali patti di suddivisione oneri.
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*)
dell'appartamento sito a _____ in via _____ con contratto d'affitto intestato
a _____ (*specificare il rapporto col richiedente*) che presenta le spese condominiali annue pari
a € _____ (*di cui si allega copia*), per le quali concorre alla copertura in ragione del [][]%.
Allegare le spese condominiali preventivo anno corrente ed eventuali patti di suddivisione oneri.

Data e luogo _____

Firma _____



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

**Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate**

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Melzo e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

astrada@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it - gcannova@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – TIPOLOGIA C

Domanda di accesso al voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia e consulenza e sostegno alla famiglia

Programma operativo regionale "dopo di noi" dgr 6218/2022

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

DICHIARA

	Di NON essere accolto in struttura residenziale della rete sociosanitaria o sociale
	di NON accedere ai sostegni "supporto alla residenzialità del presente programma" (misure D.1, D.2, D.3).

CHIEDE

L'accesso ai contributi di seguito riportati, per promuovere percorsi orientati all'acquisizione di livelli di autonomia finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare (o alla deistituzionalizzazione) - (N.B. i due interventi sono compatibili tra loro)

- l'accesso al voucher annuale fino ad € 4.800,00 – tipologia C.1 incrementabile con:
- l'accesso al voucher annuo fino ad € 600,00 per consulenza e sostegno alla famiglia – tipologia C.2

Finalizzati a realizzare:

- accoglienza in "alloggi/palestra" e/o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti dal DM per sperimentare le proprie abilità al di fuori dal contesto d'origine;
- esperienze di soggiorni extra-familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo delle autonomie. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa.

A tale fine **DICHIARA:**

	SI	NO
di frequentare un servizio diurno:		
CDD di		
CSE di		
SFA di		
di accedere alle seguenti misure:		
Misura B1 e B2 FNA per chi attiva un progetto di dopo di noi		



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

PRO.VI. (PROGETTI VITA INDIPENDENTE)		
di usufruire dei seguenti servizi:		
Servizio di Assistenza domiciliare (SAD)		
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Melzo e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

astrada@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it - gcannova@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia D

**Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni alloggiative.
Programma operativo regionale “Dopo di Noi” DGR 6218/2022**

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

DICHIARA

- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma;

CHIEDE

l'accesso ad uno dei contributi di seguito riportati:

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio “temporanea” con Ente Gestore;
- D.2 Contributo per il supporto alla residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità;
- D.3 Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing.

PER LA MISURA D.1, NELLO SPECIFICO, DICHIARA:

- Di non essere beneficiario del Buono per accompagnamento alla vita indipendente (Misura B2 - FNA);
- Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);

E CHE PER LA PERSONA INTERESSATA

- vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;

OPPURE

- che è già attiva una domiciliazione/residenzialità o ospitalità della stessa (*cancellare le voci che non interessano*) presso la struttura denominata _____ ubicata nel comune di _____ gestita da _____ con retta sociale a carico del Richiedente/Comune (cancellare voce) pari a € _____/mese

A tal fine si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

PER LA MISURA D.2 DICHIARA CHE PER LA PERSONA INTERESSATA

- vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;

OPPURE

che è già attiva una domiciliazione/residenzialità o ospitalità della stessa (*cancellare le voci che non interessano*) presso l'appartamento sito nel comune di _____ via _____; appartamento in condivisione con (*specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente*) n. [] persone per ciascuna delle quali si allega dichiarazione secondo il MODELLO 1;

e che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili per l'assunzione di n. [] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da (*allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni*) di cui la quota a carico del richiedente è pari a [][] %

- e che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____

PER LA MISURA D.3 DICHIARA CHE PER LA PERSONA INTERESSATA

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;

OPPURE

- Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso l'appartamento sito in _____ via _____ Risultante in cohousing/housing dalla documentazione allegata, in condivisione con (*specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente*) n. [] persone per ciascuna delle quali si allega dichiarazione secondo il MODELLO 1;

Qualora gestita da un Ente si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.

OPPURE

Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili per l'assunzione di n. [] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da (*allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni*) di cui la quota a carico del richiedente è pari a [][] %

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____;



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Melzo e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia E

Domanda di accesso agli interventi di pronto intervento.

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 6218/2022

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

l'accesso al contributo giornaliero fino ad un massimo di € 100,00 commisurato al reddito familiare, per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso *(barrare la tipologia che interessa e indicare il nome della realtà/struttura)*:

- Residenzialità previste dal presente Programma
- Comunità Alloggio
- Comunità Alloggio Socio-sanitarie
- Residenze Sanitarie per Disabili

e a tal fine DICHIARA *(Barrare le voci che interessano)*

- Che la persona si trova in situazione di emergenza determinata da: _____
- Che la retta sociale a carico del richiedente o del Comune è pari a € _____ al mese
- Che la condizione di emergenza pregiudica la possibilità di mettere in atto i supporti necessari a garantire la permanenza della persona presso il proprio contesto di vita;
- Che la persona non è inserita gratuitamente presso unità d'offerta socio-sanitarie accreditate.

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Melzo e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

astrada@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it - gcannova@comune.melzo.mi.it